Приложение 50
к приказу Министра финансов
Республики Казахстан
от 20 декабря 2012 года № 562

Форма Р-1

ИИН/БИН

Заказчик **Коммунальное государственное предприятие на праве хозяйственного ведения "Атырауская областная офтальмологическая больница" Управления здравоохранения Атырауской области,Республика Казахстан, г.Атырау, Жилой массив БАЛЫКШЫ, улица ГАЛИ КОЖАКАЕВ , 19 Б** — **070540004220**

полное наименование, адрес, данные о средствах связи

Исполнитель **Товарищество с ограниченной ответственностью "AG Disinfection services",Республика Казахстан, г.Атырау, Авангард 3мкр., дом № 37, к.23, тел.: +7 (7122) 505610, 7077294743** — **121040010658**

полное наименование, адрес, данные о средствах связи

Договор (контракт) Договор № 83 от 24.05.18

Номер документа	Дата составления
209	31.10.2018

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ (ОКАЗАННЫХ УСЛУГ)

Номер по порядку	Наименование работ (услуг) (в разрезе их подвидов в соответствии с технической спецификацией, заданием, графиком выполнения работ (услуг) при их наличии)	Дата выполнения работ (оказания услуг)	Сведения об отчете о научных исследованиях, маркетинговых, консультационных и прочих услугах (дата, номер, количество страниц) (при их наличии)	Единица измерения	Выполнено работ (оказано услуг)		
					количество	цена за единицу	стоимость
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Утилизация и транспортировка медицинских отходов класс Б.Г (25 конт.)			усл	1	78 092,00	78 092,00
2	Аренда контейнера (3 шт)			усл	1	1 908,00	1 908,00
				Итого	2	x	80 000,00

Сведения об использовании запасов, полученных от заказчика _____

наименование, количество, стоимость

Приложение: Перечень документации, в том числе отчет(ы) о маркетинговых, научных исследованиях, консультационных и прочих услугах (обязательны при его (их) наличии) на _____ страниц _____

Сдал (Исполнитель) Директор / _____ / Оразова А.Н.
должность *подпись* *расшифровка подписи*

М.П.

Принял (Заказчик) _____ / _____ / _____
должность *подпись* *расшифровка подписи*

Дата подписания (принятия) работ (услуг) 31.10.2018

М.П.